

Revisão da Literatura

Terapias cognitivo-comportamentais, terapias cognitivas e técnicas comportamentais para o transtorno de ansiedade social

Cognitive behavioral-therapies, cognitive therapies and behavioral strategies for the treatment of social anxiety disorder

SARA COSTA CABRAL MULULO¹, GABRIELA BEZERRA DE MENEZES¹, LEONARDO FONTENELLE¹, MARCIO VERSIANI¹

¹ Programa de Pesquisa em Ansiedade e Depressão do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Ipub/UFRJ), Rio de Janeiro, RJ.

Recebido: 10/10/2008 – Aceito: 13/3/2009

Resumo

Contexto: Pacientes com transtorno de ansiedade social respondem de forma distinta a diferentes tipos de terapias cognitivas e/ou comportamentais, o que motiva a avaliação das melhores técnicas para o tratamento desse transtorno. **Objetivo:** Realizar uma revisão sistemática de estudos controlados que avaliaram a eficácia das técnicas cognitivo e/ou comportamentais na redução do transtorno de ansiedade social. **Método:** Análise sistemática de ensaios clínicos randomizados indexados nas seguintes bases de dados: PubMed/MedLine, PsycINFO, Registro Cochrane de Ensaios Controlados, LILACS, ISI/Web of Science e em artigos relacionados. **Resultados:** Não se encontrou consenso sobre a eficácia da associação da terapia cognitiva com técnicas comportamentais. Novas técnicas (tratamento por realidade virtual, tarefa de casa via computador e autoterapia com assistência terapêutica) demonstraram ser tão eficazes quanto aquelas utilizadas na terapia cognitivo-comportamental (TCC) padrão. A associação da TCC com evitação de comportamentos de segurança e com o treino de habilidades sociais apresentou vantagem adicional em relação ao modelo convencional. Entre as técnicas comportamentais, o treino em tarefa de concentração e a exposição foram as estratégias mais eficazes. O tratamento individual foi mais efetivo do que em grupo e o modelo de sessões semanais foi mais eficaz do que sessões no mínimo quinzenais. **Conclusão:** Os estudos avaliados confirmaram que tanto técnicas cognitivas quanto comportamentais (convencionais e inovadoras) são eficazes no tratamento do transtorno de ansiedade social.

Mululo SCC, et al. / *Rev Psiq Clín.* 2009;36(6):221-8

Palavras-chave: Transtorno de ansiedade social, terapias cognitivo-comportamentais, terapias cognitivas, ensaios clínicos controlados, revisão sistemática.

Abstract

Background: Patients with social anxiety disorder (SAD) exhibit distinctive patterns of response to different types of cognitive and/or behavioral treatment. Therefore, it is imperative to assess the best techniques used for the treatment of this disorder. **Objective:** The aim of this paper is to perform a systematic review of controlled studies that evaluated the efficacy of cognitive and/or behavioral techniques on the treatment of SAD. **Method:** A systematic analysis of randomized clinical trials indexed in the following databases was made: PubMed/MedLine, PsycINFO, Cochrane Controlled Trials Register, LILACS, ISI Web of Science, and related articles. **Results:** No consensus on the efficacy of associating cognitive and behavioral therapies was found. Novel techniques (such as virtual reality, by-computer homework, and self therapy with therapeutic assistance) were found to be as effective as standard cognitive-behavioral therapy (CBT). The association of CBT with the avoidance of safety behaviors, as well as with social skills training was associated with an additional advantage. As for behavioral therapy, focus training and exposure therapy were considered to be the most effective techniques. Further, individual treatment was more effective than group therapy, and weekly sessions were associated with better results than those occurring at least every other week. **Discussion:** Both cognitive and behavioral (standard and innovative) therapies are effective for treating social phobia.

Mululo SCC, et al. / *Rev Psiq Clín.* 2009;36(6):221-8

Keywords: Social anxiety disorder, cognitive behavioral therapies, cognitive therapies, randomized controlled clinical trials, systematic review.

Introdução

O diagnóstico do transtorno de ansiedade social (TAS) é feito clinicamente e difere da timidez pela gravidade, persistência, prejuízo e sofrimento resultantes dos sintomas ansiosos¹. A cronicidade do TAS contribui para acentuar o prejuízo funcional² e ocupacional³ do paciente.

O perfil da maioria dos pacientes afetados inclui menor grau de instrução, ser jovem, não ter emprego e morar sozinho⁴. O número de situações sociais temidas parece estar associado com maior comorbidade e menor qualidade de vida⁴.

Os pacientes com TAS possuem um medo exagerado de serem criticados e tendem a avaliar negativamente seu comportamento social, produzindo atribuições internas para suas falhas de desempenho⁵.

Dessa maneira, sua atenção é quase sempre seletiva e autofocada por acreditarem que os outros estão constantemente alerta em relação ao seu desempenho e aos sinais de ansiedade demonstrados. Com isso, guardam mais facilmente lembranças negativas, fruto de situações sociais interpretadas de maneira distorcida⁶.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) possui duração limitada no tempo, é orientada para o presente e funciona por meio da aliança colaborativa entre terapeuta e paciente em direção à questão problema. Na TCC, o paciente com TAS aprende competências cognitivas e comportamentais necessárias para melhorar sua *performance* interpessoal e alterar seus pensamentos distorcidos⁷.

Embora a TCC seja um dos mais populares e estudados tratamentos para o TAS, ela não produz melhora em todos os pacientes⁸. Além disso, mesmo entre os que respondem positivamente, muitos mantêm alguns sintomas residuais após o tratamento⁹, o que demonstra a necessidade de saber, entre as mais variadas e novas técnicas que a TCC dispõe atualmente, quais delas apresentam maior eficácia na redução da ansiedade social.

O objetivo principal deste artigo é realizar uma revisão sistemática de estudos controlados que avaliaram a eficácia das terapias cognitivo-comportamentais, das terapias cognitivas e das técnicas exclusivamente comportamentais para pacientes adultos com TAS publicados até abril de 2008.

Metodologia

Os estudos do tratamento cognitivo e/ou comportamental para pacientes adultos com TAS foram identificados por busca nas seguintes bases de dados: PubMed/MedLine, PsycINFO, Registro Cochrane de Ensaio Controlados, LILACS e ISI/Web of Science e em artigos relacionados. Foram utilizadas as seguintes expressões nas buscas digitais: (CBT OR cognitive behaviour therapy OR cognitive behavior therapy OR behaviour therapy OR behavior therapy OR cognitive therapy) AND (social anxiety disorder OR SAD OR social phobia OR social anxiety). Foram avaliados ensaios clínicos controlados e randomizados publicados até abril de 2008 nos idiomas espanhol, inglês e português.

Foram incluídos estudos que envolveram participantes com o diagnóstico primário de TAS (segundo o DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV ou CID-10) submetidos à psicoterapia do tipo cognitivo-comportamental, psicoterapia cognitiva ou exclusivamente técnicas comportamentais, tanto no formato individual quanto em grupo.

Resultados

A busca pelo MedLine resultou em 377 artigos, dos quais 15 foram selecionados. No PsycINFO, foram encontrados 79 estudos, 13 dos quais preencheram os critérios de inclusão: 10 deles em comum com MedLine e 3 novos. No registro Cochrane de Ensaio Controlados, de 597 estudos, 29 foram selecionados, entre eles 27 eram comuns ao MedLine e PsycINFO e dois inéditos. No LILACS, de 215 trabalhos, somente um obteve critério para inclusão. Já na base ISI/Web of Science, foram localizados 874 artigos, 36 repetidos nas buscas anteriores e dois novos incluídos. Por fim, por meio das referências bibliográficas dos artigos previamente selecionados, mais dois ensaios foram somados ao total. Um total de 25 artigos foi selecionado. Todos os artigos foram avaliados por uma psicóloga e uma psiquiatra.

Para fins de categorização dos resultados, os artigos foram divididos em três grandes grupos: [1] artigos que envolveram terapias cognitivas (TCog), [2] artigos que envolveram técnicas comportamentais (TComps), como a exposição (EXP), o treino em habilidades sociais (THS) e o treino em tarefa de concentração (TTC) e [3] artigos que empregaram terapia cognitivo-comportamental (TCC), ou seja, a associação entre a TCog e a TComps, como nos seguintes exemplos: terapia racional-emotivo-comportamental (TREC), TCog associada a EXP, TCog seguida de EXP ou TCog associada ao THS (Tabela 1).

A eficácia da terapia cognitiva (Tabela 2)

TCog mais TComps (tratamento combinado ou TCC)

Entre dez estudos comparando TCog associada a TComps, e TCog e TComps isoladamente no tratamento do TAS, quatro demonstraram vantagem no tratamento associado e seis não encontraram diferença significativa na integração da TCog com as TComps em relação a esses dois tratamentos separadamente.

O tratamento integrado (EXP + reestruturação cognitiva) demonstrou ser mais eficaz em dois estudos de Mattick e Peter *et al.*: no primeiro¹⁰ o tratamento integrado foi superior em relação ao grupo de EXP para 51 pacientes no pós-teste e no *follow-up* de três meses e, no segundo¹¹, ele foi superior ao grupo de EXP e de reestruturação cognitiva separadamente e à lista de espera para 43 pacientes com TAS.

A associação do THS com a reestruturação cognitiva¹² também demonstrou ser mais efetiva no pós-teste e no *follow-up* de três meses do que o grupo somente de THS para 17 pacientes com TAS.

Tabela 1. Características da terapia cognitiva e das técnicas comportamentais

Terapia cognitiva	Característica
Reestruturação cognitiva	Visa ajudar o paciente a identificar os pensamentos automáticos distorcidos, questionar as bases desses pensamentos à luz das evidências reais (via questionamento socrático ou experimentos comportamentais) e construir alternativas menos tendenciosas e padronizadas
Técnicas comportamentais	Características
Exposição (EXP)	Visa expor o paciente às situações ansiogênicas gradativamente por uma hierarquia, criada com o paciente, até que a ansiedade naturalmente comece a diminuir (habituação). Pode ser feita por meio da imaginação ou ao vivo
Relaxamento aplicado (RA)	Visa ajudar o paciente a controlar os sintomas fisiológicos da ansiedade durante os eventos sociais. Ele aprende a detectar os primeiros sinais de tensão muscular para logo assim descontraí-lo, produzindo uma resposta contrária à de ansiedade
Treino em habilidades sociais (THS)	Visa ajudar o paciente a adquirir as habilidades sociais necessárias para um bom relacionamento interpessoal por meio de modelação, ensaio comportamental, <i>feedback</i> de correção, reforço social e tarefas de casa. Essas habilidades podem ser treinadas durante a exposição
Treino em tarefa de concentração (TTC)	Visa ajudar o paciente a direcionar sua atenção para a tarefa em execução e não para si mesmo, começando com situações menos ansiogênicas. Com isso, ele diminui sua percepção das alterações que a ansiedade provoca em seu corpo, quebrando o círculo vicioso de aumento de ansiedade que o autotoco provoca

E, na pesquisa de Hofmann *et al.*¹³ que designou aleatoriamente 90 pacientes também para tratamento TCog mais EXP em grupo, EXP em grupo ou lista de espera, na avaliação do pós-teste o tratamento integrado foi superior, porém, no *follow-up* de seis meses, essa diferença desapareceu.

Já o trabalho de Salabérria e Echeburua⁶, que dividiu 71 pacientes com TAS generalizado entre EXP, EXP mais TCog ou lista de espera, não encontrou diferença significativa entre o grupo de EXP e o grupo de tratamento combinado.

Outro ensaio clínico¹⁴ não apresentou diferença significativa entre o tratamento integrado (EXP mais THS mais TREC) e o grupo que só recebeu EXP, no pós-teste e no *follow-up* de três e dezoito meses, para 34 pacientes alocados em EXP, tratamento integrado ou lista de espera.

Dois outros estudos também não encontraram diferença significativa na inclusão da EXP na TCog. No primeiro¹⁵, 73 pacientes foram divididos entre tratamento individual ou em grupo para três condições: EXP, TCog seguida de EXP ou TCog mais EXP (TCC) integradas desde o início. No pós-teste, o tratamento de EXP e de TCC não apresentou diferença significativa entre si. No *follow-up* de dezoito meses, a EXP foi superior aos outros tratamentos, enquanto o tratamento integrado continuou sendo o menos efetivo. E, no segundo estudo¹⁶, 30 pacientes com TAS com queixa de suar, tremer e ruborizar foram divididos em TCog seguida de EXP; EXP seguida de TCog ou TCog mais EXP (TCC) integrada desde o início. Não houve diferença significativa entre os pacotes de tratamento no pós-teste e no *follow-up* de três e dezoito meses¹⁷.

Em uma outra pesquisa¹⁸, 60 pacientes com TAS foram divididos entre reestruturação cognitiva individual

seguida de EXP em grupo e terapia associativa individual seguida de EXP em grupo. Ambos os grupos tiveram melhoras equivalentes entre si, tanto no pós-teste quanto no *follow-up* de três meses, indicando que a associação entre TCog e EXP não apresentou vantagem adicional.

No ensaio de Hope *et al.*¹⁹ em que 43 pacientes com TAS foram alocados no grupo de TCog mais EXP, no grupo de EXP ou na lista de espera, os resultados do pós-teste não indicaram diferença entre os dois tipos de intervenção, porém, no *follow-up* de seis meses, somente o grupo de terapia integrada continuou demonstrando progressos.

TCog versus EXP

A TCog foi superior a EXP, tanto no pós-teste quanto no *follow-up* de 1 ano, em um estudo²⁰ que dividiu 62 pacientes com TAS entre um novo programa de TCog, EXP com relaxamento ou lista de espera.

A eficácia das técnicas comportamentais (Tabela 3)

EXP com manejo da ansiedade *versus* EXP com tratamento não específico

A técnica de EXP com manejo da ansiedade foi a mais efetiva, inclusive no *follow-up* de seis meses, no estudo de Butler *et al.*²¹ no qual 45 pacientes foram encaminhados aleatoriamente para EXP com manejo da ansiedade, EXP com intervenção não específica ou lista de espera.

EXP versus TTC

O tratamento por TTC foi superior à EXP e à lista de espera, tanto no pós-teste quanto no *follow-up* de seis

e de doze meses, em um estudo²² no qual 31 pacientes com TAS com medo de ruborizar foram divididos randomicamente metade para EXP ou TTC e a outra metade para a lista de espera.

TTC versus relaxamento

Na pesquisa de Bogels²³, com 65 pacientes com TAS com queixa principal de suar, tremer, ruborizar e

congelar em público, o tratamento por TTC seguido de TCOg não obteve diferença significativa em relação ao grupo de relaxamento seguido de TCOg especificamente na ocasião do pós-teste e do *follow-up* de três meses. Porém, após um ano de intervenção e em todos os momentos de avaliação, o grupo de TTC foi superior ao de relaxamento aplicado na redução do medo de demonstrar sintomas corporais e na atenção autofocada dos pacientes com TAS.

Tabela 2. A eficácia da terapia cognitiva

Estudo	Tratamento	n	Duração do tratamento (semanas)	Técnica mais eficaz (pós-teste)
Mattick <i>et al.</i> ¹¹ , 1989	EXP	11	6	EXP + reestruturação cognitiva
	Reestruturação cognitiva	11		
	Combinado (EXP + reestruturação cognitiva)	11		
	LE	10		
Mattick e Peters ¹⁰ , 1988	EXP guiada	26	6	EXP + reestruturação cognitiva
	EXP guiada + reestruturação cognitiva	25		
D'el Rey <i>et al.</i> ¹² , 2006	THS	8	8	THS + reestruturação cognitiva
	THS + reestruturação cognitiva	9		
Hofmann <i>et al.</i> ¹³ , 2004	TCC	30	12	TCC e EXP
	EXP	30		
	LE	30		
Salabérria e Echeburua ⁶ , 1998	Auto EXP	24	8	Auto EXP e Auto EXP + TCOg
	Auto EXP + TCOg	24	24	
	Controle	23	24	
Mersch ¹⁴ , 1995	EXP	NI	14	EXP e EXP + TREC + THS
	Tratamento integrado (EXP + TREC + THS)	NI		
	LE	NI		
Scholing e Emmelkamp ¹⁵ , 1993	EXP individual	10	8	EXP individual e TCOg seguida de EXP
	TCog seguida EXP individual/grupo	10		
	TCC individual/grupo	10		
	LE	15		
Scholing e Emmelkamp ¹⁶ , 1993	EXP seguida de TCOg individual	10	8	EXP seguida de TCOg individual; TCOg seguida de EXP individual e TCC individual
	TCog seguida de EXP individual	10		
	TCC individual	10		
	LE	15		
Taylor ¹⁸ , 1997	Reestruturação cognitiva individual seguida de EXP em grupo	32	8	Reestruturação cognitiva individual seguida de EXP em grupo
	TA individual seguida de EXP em grupo	28		
Hope ¹⁹ , 1995	TCC	28	12	TCC
	EXP	6		
	LE	15		
Clark <i>et al.</i> ²⁰ , 2006	TCog	21	14	TCog
	EXP + RA	21		
	LE	20		

EXP: exposição; LE: lista de espera; NI: não informado; RA: relaxamento aplicado; TA: terapia associativa; TCC: terapia cognitivo-comportamental; TCOg: terapia cognitiva; THS: treino em habilidades sociais; TTC: treino em tarefa de concentração.

Tabela 3. A eficácia das técnicas comportamentais

Estudo	Tratamento	n	Duração do tratamento (semanas)	Técnica mais eficaz (pós-teste)
Butler <i>et al.</i> ²¹ , 1984	EXP + MA	15	7	EXP + MA
	EXP + TNE	15		
	LE	15		
Mulken <i>et al.</i> ²² , 2001	EXP	12	6	TTC
	TTC	14		
	LE	13		
Bogels ²⁶ , 2006	TTC + TCog	33	8	TTC + TCog e RA + TCog
	RA + TCog	32		
	LE	65		

EXP: exposição; LE: lista de espera; MA: manejo da ansiedade; NI: não informado; THS: treino em habilidades sociais; TNE: tratamento não específico; TREC: terapia racional emotiva; TTC: treino em tarefa de concentração.

A eficácia de novos elementos na TCC (Tabela 4)

TCC *versus* TCC com evitação dos comportamentos de segurança

Salkovskis²⁴ e posteriormente Wells *et al.*²⁵ alertaram sobre determinados comportamentos praticados pelos pacientes (tais como segurar um copo com força para não aparentar tremor, usar maquiagem para esconder o rubor, vestir uma camiseta por baixo de outra para encobrir o suor etc.) com a finalidade de encobrir suas manifestações de ansiedade e aparentarem perfeitamente confiantes na frente de outras pessoas. Esses indivíduos agem como se esses comportamentos fossem “salvá-los”

de uma avaliação social negativa. Desse modo, mesmo expostos frequentemente a situações do cotidiano, eles acabam não experimentando a redução da ansiedade, uma vez que a utilização desses comportamentos reforça a ansiedade social ao impedi-los de se confrontarem com suas crenças negativas.

O grupo de TCC que recebeu instruções para evitar os comportamentos de segurança obteve benefícios mais significativos na redução do TAS do que o grupo que não recebeu essas instruções. Isso foi demonstrado em um estudo²⁶ no qual 14 pacientes com TAS foram divididos entre o grupo de TCC e o grupo de TCC com instruções de evitar os comportamentos de segurança durante os exercícios de exposição.

Tabela 4. A eficácia de novos elementos na TCC

Estudo	Tratamento	n	Duração do tratamento (semanas)	Técnica mais eficaz (pós-teste)
Morgan e Raffle ²⁶ , 1999	TCC	14	3	TCC + ECS
	TCC + ECS	16		
Herbert <i>et al.</i> ⁸ , 2005	TCC	30	12	TCC + THS
	TCC + THS	35		
Klinger <i>et al.</i> ²⁷ , 2005	Realidade virtual	18	12	Não houve diferença significativa entre os grupos
	TCC em grupo	18		
Gruber <i>et al.</i> ²⁸ , 2001	TCC	18	12	TCC e TCC + computador
	TCC assistida pelo computador	18		
	Controle	18		
Rapee <i>et al.</i> ²⁹ , 2007	TCC grupo	59	12	TCC grupo; autoterapia e autoterapia + terapeuta
	Autoterapia	56		
	Autoterapia + terapeuta	57		
	LE	52		

LE: lista de espera; NI: não informado; TCC: terapia cognitivo-comportamental; THS: treino em habilidades sociais.

TCC *versus* TCC com THS

A inclusão do THS no tratamento de TCC para o TAS demonstrou melhores resultados, tanto no pós-teste quanto no *follow-up* de três meses, em comparação ao tratamento sem essa técnica no estudo em que Herbert *et al.*⁸ realizaram com 65 pacientes com TAS generalizado.

TCC *versus* TCC via realidade virtual

O tratamento de TCC via realidade virtual comprovou ser uma alternativa eficaz ao tratamento convencional do TAS, especialmente no desempenho de falar em público, como a pesquisa de Klinger *et al.*²⁷ confirmou ao alocar randomicamente 36 pacientes para o grupo de realidade virtual ou para o grupo de TCC em grupo.

TCC *versus* TCC com tarefa de casa auxiliada pelo computador

A realização da tarefa de casa via computador na TCC apresentou ser tão eficaz quanto a sua forma usual no pós-teste e no *follow-up* de seis meses em um estudo²⁸ em que 54 pacientes com TAS foram divididos para o grupo de TCC com tarefa de casa assistida pelo computador, para o grupo de TCC com tarefa de casa sem a assistência do computador ou para a lista de espera.

TCC *versus* autoterapia cognitivo-comportamental com ou sem assistência terapêutica

A eficácia da autoterapia foi avaliada em uma pesquisa²⁹ em que 224 pacientes com TAS generalizado severo foram alocados em um grupo com autoterapia por meio de um guia, em um grupo de autoterapia por intermédio

de um guia com assistência mínima de um terapeuta, em um grupo de TCC convencional ou na lista de espera. As três condições de tratamento foram significativamente melhores do que a lista de espera no pós-teste. Porém, no *follow-up* de três e de vinte e quatro meses, o grupo de autoterapia com assistência terapêutica demonstrou melhora equivalente à do grupo de TCC e também maior manutenção dos ganhos do que os participantes que fizeram somente autoterapia.

A influência dos aspectos formais do tratamento na TCC

TCog individual *versus* TCog grupal (Tabela 5)

Dois estudos comprovaram a eficácia do formato individual da TCog para o TAS. Em um deles³⁰, 71 pacientes foram alocados em uma das três condições: TCog individual, TCog em grupo ou lista de espera. A terapia individual demonstrou maiores progressos que a de grupo no pós-teste e no *follow-up* de seis meses. E, no outro ensaio³¹, os resultados também indicaram, no pós-teste e no *follow-up* de um ano, que a TCog individual foi superior ao tratamento em grupo e ao tratamento farmacológico para 100 pacientes randomizados para TCog em grupo intensiva, para TCog individual ou para tratamento com antidepressivo inibidor seletivo de recaptação de serotonina ou benzodiazepínico.

TCC padrão *versus* TCC estendida

A distância maior do que uma semana entre as sessões não foi indicada como bom preditor no tratamento do TAS pelo estudo de Herbert *et al.*³². Neste, 25 pacientes com TAS foram divididos aleatoriamente para a TCC convencional com doze sessões semanais ou para TCC

Tabela 5. A influência dos aspectos formais do tratamento na TCC

Estudo	Tratamento	n	Duração do tratamento (semanas)	Técnica mais eficaz (pós-teste)
Stangier <i>et al.</i> ³⁰ , 2003	TCog individual	24	15	TCog individual
	TCog grupo	26		
	LE	21		
Mortberg <i>et al.</i> ³¹ , 2007	TCog grupo intensiva	52	3	TCog individual
	TCog individual	32	16	
	ISRS (FLU 35 mg/d, PARO 25 mg/d, MCLO 600 mg/d, CITA 50 mg/d) ou BENZO (OXA 15 mg/d)	33	48	
Herbert <i>et al.</i> ³² , 2004	TCC individual padrão	15	12	TCC individual padrão
	TCC individual estendido	19	18	

BENZO: benzodiazepínico; CITA: citalopram; FLU: fluoxetina; ISRS: inibidor seletivo de recaptação de serotonina; LE: lista de espera; MCLO: moclobemida; OXA: oxazepam; PARO: paroxetina; TCC: terapia cognitivo-comportamental; TCog: terapia cognitiva.

com doze sessões durante dezoito semanas. Os resultados do pós-teste demonstraram que o tratamento padrão foi superior em termos de sintomas automedidos, de níveis de prejuízo e de taxa de respondedores e que o tratamento estendido estava relacionado com uma taxa maior de abandono precoce do tratamento. A pequena amostra medida no período de *follow-up* não permitiu a avaliação da durabilidade dos ganhos terapêuticos nesse estudo.

Discussão

Os estudos controlados confirmam a eficácia da TCog e das TComps para o tratamento do TAS. Em relação à TCog, não houve consenso sobre a eficácia de sua associação com estratégias comportamentais devido à grande variedade de resultados contraditórios encontrados^{5,10-16,18,19}, o que não invalida a utilização desse modelo na prática clínica.

Novos elementos incluídos na TCC²⁷⁻²⁹ demonstraram ser tão eficazes em obter progressos no tratamento do TAS quanto o modelo convencional (TCog mais EXP), tais como o tratamento por realidade virtual, a realização da tarefa de casa com o auxílio do computador e a autoterapia por bibliografia com assistência terapêutica. Considerando que a prática da TCC envolve terapeutas habilidosos e treinados, nem sempre disponíveis, além de custos com transporte e honorários, essas intervenções surgem como alternativas que possibilitam maior acessibilidade e disponibilidade ao tratamento.

Já a associação da TCC com outras intervenções, tais como THS⁷ e evitar os comportamentos de segurança²⁶, apresentou ganhos mais significativos do que o tratamento clássico. Portanto, quanto menos focado em uma estratégia específica e quanto mais associações extrapolando o formato tradicional existirem, melhor se torna o tratamento do TAS, uma vez que tais combinações advêm da base teórica acerca do funcionamento cognitivo que rege o modo de agir e pensar do paciente com TAS.

Em relação às TComps, a EXP sozinha obteve melhor resultado do que quando associada à TREC mais THS¹⁴. Uma significativa redução de crenças irracionais foi encontrada após a intervenção da EXP, indicando que não é exclusivamente na presença de um elemento cognitivo no tratamento que é possível ocorrer mudança nas crenças negativas dos pacientes com TAS.

Já ao ser comparada à TTC²², a EXP apresentou pior resultado. Dois motivos podem ser destacados: o primeiro é o pequeno número de pacientes no grupo de TTC que pode ter produzido melhores resultados na redução do medo de ruborizar dos pacientes e o segundo envolve a habilidade do terapeuta de conduzir tais intervenções, uma vez que o TTC pode ser aplicado pelo terapeuta de forma bem mais simples do que o tratamento de EXP.

Ao constatar que a combinação da EXP com o manejo da ansiedade²¹ foi superior à EXP mais tratamento não

específico nos leva a inferir que os pacientes se beneficiam ao aprender a controlar seus sintomas de ansiedade por meio de relaxamento, distração e diálogo interno. Uma vez que adquirem maior segurança e confiança em se expor, isso acaba resultando em mudança cognitiva e redução do TAS.

O TTC²³ seguido de TCog apresentou vantagem sobre o relaxamento aplicado seguido de TCog. Isso pode ser explicado mediante a noção de que o TTC, ao reduzir o autofoco da atenção, consequentemente diminui o receio em demonstrar sintomas de ansiedade e reduz também as crenças negativas dos pacientes independentemente da utilização de estratégias cognitivas (que foram aplicadas somente em um segundo momento), o que não foi observado no grupo que recebeu o relaxamento aplicado.

Portanto, TTC e EXP foram, em nossa análise, as técnicas comportamentais mais bem-sucedidas para o tratamento do TAS.

Importante destacar também que, embora aparentemente a estratégia de exposição na terapia cognitiva do TAS seja muito similar à técnica de exposição da terapia comportamental, existe uma diferença fundamental entre elas³³. Para o terapeuta comportamental, a modificação do comportamento é sua finalidade em si e, para o terapeuta cognitivo-comportamental, isto é o meio para checar a validade dos pensamentos e construir novos princípios e crenças.

Ainda existem poucas pesquisas na literatura avaliando o valor dos experimentos comportamentais isoladamente^{22,23}, enquanto muitos ensaios^{5,11,12,15,16,18,20,23} têm avaliado a terapia cognitiva em vez de detalhar suas estratégias específicas.

Embora a maioria das intervenções realizadas nesses ensaios tenha sido grupal, os melhores resultados foram encontrados com o tratamento individual^{30,31}. Tal superioridade do tratamento individual nos leva invariavelmente a repensar o modelo padrão utilizado pela maioria dos estudos que avaliam a eficácia das técnicas cognitivo-comportamentais por meio do tratamento grupal.

O prolongamento do tratamento³² também obteve resultados negativos na redução dos sintomas e na sua adesão. A ampliação não foi relacionada com um maior número de sessões e sim com um maior espaço de tempo com o mesmo número de sessões, o que provocou maior taxa de *drop-outs*. Uma possível explicação seria o fato de os pacientes do tratamento padrão saberem que teriam somente doze semanas para atingir os objetivos do tratamento e uma regularidade semanal para encontrar-se com o terapeuta para analisar sua tarefa de casa. Já um longo período entre as sessões no tratamento estendido resultaria em uma diminuição do senso de urgência e de responsabilidade dos pacientes, encorajando a evitação e a procrastinação da tarefa de casa que resultariam em desmotivação em relação ao tratamento.

Por fim, cabe aqui uma ressalva: avaliar a eficácia de uma psicoterapia por meio de suas técnicas pode suscitar um inadvertido reducionismo. Ressalta-se que cada técnica é somente o início de uma investigação sobre os pensamentos e os sentimentos do paciente³⁴. Ela nos permite coletar novos dados, examinar mais cuidadosamente o transtorno e ver as coisas em uma perspectiva diferente, isto é, expandir nossa conceituação acerca do paciente. A TCC não se reduz às suas técnicas, já que são elas que permitem começar a terapia.

Conclusão

Os estudos avaliados confirmam que tanto as intervenções cognitivas quanto as comportamentais padrões e inovadoras são eficazes no tratamento do TAS. Apesar de o tratamento combinado não ter demonstrado superioridade em relação à terapia cognitiva e às técnicas comportamentais isoladamente, essa prática de incluir técnicas comportamentais na terapia cognitiva é consenso no cotidiano da clínica e nos livros teóricos^{33,34} sobre o tema.

Não é possível generalizar os resultados das comparações realizadas nesse trabalho. Uma revisão sistemática qualitativa possui algumas limitações metodológicas que só podem ser solucionadas por medições quantitativas utilizando técnicas meta-analíticas, por exemplo, o que permitiria uma avaliação mais precisa da eficácia de cada intervenção descrita aqui.

Novos ensaios clínicos com protocolos de intervenção menos heterogêneos, medidas de avaliação padronizadas e revisões comparando estratégias específicas de terapias cognitivas e comportamentais no formato individual são extremamente relevantes para a melhor compreensão do tratamento de pacientes com TAS.

Referências

- Schneier F. Social anxiety disorder. *N Engl J Med*. 2006;355:1029-36.
- Hope D, Herbert J, White C. Diagnostic subtype, avoidant personality disorder, and efficacy of cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Cogn Ther Res*. 1995;19(4):285-303.
- Schneier F, Johnson J, Horning C, Liebowitz M, Weissman M. Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:282-88.
- Acarturk C, de Graaf R, van Straten A, Have M, Cuijpers P. Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking: a population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43(4):273-9.
- Newman M, Hofmann S, Trubert W, Roth T, Taylor B. Does behavioral treatment of social phobia lead to cognitive changes? *Behav Ther*. 1994;25(3):503-17.
- Salabêria K, Echeburua E. Long-term outcome of cognitive therapy's contribution to self-exposure in vivo to the treatment of generalized social phobia. *Behav Modif*. 1998;22(3):262-84.
- Heimberg R. Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. *Biol Psychiatry*. 2002;51:101-8.
- Herbert J, Gaudiano B, Rheingold A, Myers V, Dalrymple K, Nolan E. Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Behav Ther*. 2005;36(2):125-38.
- Menezes G, Fontenelle F, Mululo S, Versiani M. Resistência ao tratamento nos transtornos de ansiedade: fobia social, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno do pânico. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29:S55-S60 supl.2.
- Mattick R, Peters L. Treatment of severe social phobia: effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(2):251-60.
- Mattick R, Peters L, Clarke J. Exposure and cognitive restructuring for social phobia: a controlled study. *Behav Ther*. 1989;20(1):3-23.
- D'el Rey F, Beidel C, Pacini A. Tratamento da fobia social generalizada: comparação entre técnicas. *Rev Bras Ter Comport Cogn*. 2006;8(1):1-12.
- Hofmann S, Moscovitch D, Kim H, Taylor A. Changes in self-perception during treatment of social phobia. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72(4):588-96.
- Mersch P. The treatment of social phobia: the differential effectiveness of exposure in vivo and an integration of exposure in vivo, rational emotive therapy and social skills training. *Behav Res Ther*. 1995;33(3): 259-69.
- Scholing A, Emmelkamp PM. Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: effects of individual and group treatment. *Behav Res Ther*. 1993;31(7):667-81.
- Scholing A, Emmelkamp PM. Cognitive and behavioural treatments of fear of blushing, sweating or trembling. *Behav Res Ther*. 1993;31(2):155-70.
- Scholing A, Emmelkamp PM. Treatment of fear of blushing, sweating, or trembling. Results at long-term follow-up. *Behav Modif*. 1996;20(3):338-56.
- Taylor S, Woody S, Koch W, McLean P, Paterson R, Anderson K. Cognitive restructuring in the treatment of social phobia. Efficacy and mode of action. *Behav Modif*. 1997;21(4):487-511.
- Hope D, Heimberg R, Bruch M. Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behav Res Ther*. 1995;33(6):637-50.
- Clark D, Ehlers A, Hackmann A, McManus F, Fennell M, Grey N, et al. Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74(3):568-78.
- Butler G, Cullington A, Munby M, Amies P, Gelder M. Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *J Consult Clin Psychol*. 1984;52(4): 642-650.
- Mulkens S, Bogels S, de Jong P, Louwers J. Fear of blushing: effects of task concentration training versus exposure in vivo on fear and physiology. *J Anxiety Disord*. 2001;15(5):413-32.
- Bogels M. Task concentration training versus applied relaxation, in combination with cognitive therapy, for social phobia patients with fear of blushing, trembling, and sweating. *Behav Res Ther*. 2006;44(8):1199-210.
- Salkovskis PM. The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: a cognitive account. *Behav Psychother*. 1991; 6-19.
- Wells A, Clark DM, Salkovskis P, Ludgate J, Hackmann A, Gelder M. Social phobia: the role of in-situation safety behaviours in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behav Ther*. 1995;26:153-61.
- Morgan H, Raffle C. Does reducing safety behaviours improve treatment response in patients with social phobia? *Aust N Z J Psychiatry*. 1999;33(4):503-1.
- Klinger E, Bouchard S, Legeron P, Roy S, Lauer F, Chemin I, et al. Virtual reality therapy versus cognitive behavior therapy for social phobia: a preliminary controlled study. *Cyberpsychol Behav*. 2005;8(1):76-88.
- Gruber K, Moran PJ, Roth W, Taylor C. Computer-assisted cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Behav Ther*. 2001;32(1):155-65.
- Rapee R, Abbott M, Baillie A, Gaston J. Treatment of social phobia through pure self help and therapist-augmented self help. *Br J Psychiatry*. 2007;191:246-52.
- Stangier U, Heidenreich T, Peitz M, Lauterbach W, Clark D. Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behav Res Ther*. 2003;41(9):991-1007.
- Mortberg E, Clark D, Sundin O, Aberg A. Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;115(2):142-54.
- Herbert J, Rheingold A, Gaudiano B, Myers V. Standard versus extended cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: a randomized-controlled trial. *Behav Cogn Psychother*. 2004;32(2):131-47.
- Bennet-Levy J, Butler G, Fennell M, Hackmann A, Mueller M, Westbrook D. Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy. Cognitive behaviour therapy: science and practice series. Oxford University Press: New York; 2004.
- Leahy RL. Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta. Porto Alegre: Artmed; 2006.